様式第１号（第６条関係）

高額療養費支払資金貸付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 被保険者資格確認照合印 |  |
| ※ | 受付年月日番号 | 年　　月　　日（　　　　　　号） | ※ | 貸付決定年月日貸付決定番号 | 年　月　日（　　　　　号） |
| ① | 被保険者証記号・番号 |  | ②世帯主③受療者 |  | との続柄世帯主 |  |
| ④ | 傷病名 |  |
| ⑤ | 療養を受けた病院診療所薬局等の名称及び所在地 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| ⑥ | ⑤の病院等で診療を受けた期間 | 年　　月　　日から月　　日まで | 　　　　　　日間 |
| ⑦ | ⑥の期間に受けた療養に対し支払うべき額又は支払った額 | 円 |
| 高額療養費推計額計算欄 | 総医療費額 | 一部負担金 | 高額療養費支給推計額　　　－　　　円 |
| 円 | 円 | 円 |

八頭町高額療養費支払資金貸付制度要綱に基づき、上記のとおり資金を借り受けたいので関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

社会福祉法人社会福祉協議会

会長　　　　　　　　　様

住所

（申請者）氏名　　　　　　　　　　㊞

受給者との関係

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※会長 |  | 事務局長 |  | 合議 |  | 係員 |  |

上記の者に対して下記のとおり貸付けをしてよろしいか。なお、上記決裁のうえは、別途通知書により、申請者あて通知してよろしいかあわせて伺います。

|  |  |
| --- | --- |
| ※貸付決定額 |  |